

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 982

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HANG LONG-PHI

Né le 27 Juillet 1932, à CHOLON (Viet-Nam)

présentée et soutenue publiquement le

ETUDE CRITIQUE
DE 100 CESARIENNES
FAITES A L'HOPITAL D'ARGENTAN

Président : Monsieur LACOMME (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

HANG LONG-PHI

né le 27 juillet 1932 à Cholon (Viet-Nam)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

ETUDE CRITIQUE
DES 100 CESARIENNES FAITES
A L' HOPITAL D' ARGENTAN

-:-:-:-

Président : Monsieur LACOMME (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1958.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
 CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
 HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
 LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
 MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
 TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER
Anatomie pathologique		DELARUE
Bactériologie		FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	}	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale		FAUVERT
Cancérologie méd., sociale		BERNARD J.
Carcinologie		REDON
Chimie Méd.		JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu	MENEGAUX
	{ Salpêtrière	MOULONGUET
	{ Cochin	QUENU
	{ Beaujon	SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire		G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	}	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie		MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	}	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.		MATHEY
Clinique de la Tuberculose		BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.		PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture		LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	DEGOS
Clinique des mal. du sang		MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.		ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.		CATHALA
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	}	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY-
	{ RADOT
	{ LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G.	Pat.chir.	{ DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.)
Ana.Path.	{ Melle GAU- THIER V. RUSSER GOUYGOU	Pat.expéri- ment.	{ MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM
Bactério- logie	{ CHRISTOL NEVOT	Path.Méd.	{ POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH
Biol.Méd.	BOURLIERE	Pharmacol.	Melle LEVY { BARGETON DEJOURS PARROT
Chimie Méd.	{ ETTORI POLONOVSKI J.	Physiol.	{ DJOURNO GOUGEROT
Dermato-syph.	DUPERRAT	Physique	{
Embryologie	TUCHMANN	Médicale	{
Histologie	{ COUJARD N.	Pneumo-phtis.	KREIS
Hydrologie	CORNET	Psychiatrie	{ BARUK PICHOT
Hygiène	{ BOYER DEPARIS		
Mal.infect.	BASTIN		
Médecine)	{ DEROBERT		
légale et	{ GAULTIER		
du Trav.)	{ HADENGUE		
Neurochir.	DAVID		
Neurologie	LHERMITTE { GRASSET LE LORIER		
Obstétrique	LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Ophtal- mologie)	{ BREGEAT DESVIGNES		
Orthopédie	JUDET		
Oto-rhino- laryngol.)	{ AUBRY MADURO		
Parasito.	BRUMPT		
Parasito col.	CHABAUD { ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX		

MM.
 Psych.infant.N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.
 Urologie..... KUSS
 Thérapeut..... CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 { AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie..... N...
 { DREYFUS
 Clinique Ma { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... Melle GOICHON
 { Melles DUMATTRE
 { LE NOIR
 Bibliothécaires..... { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mes Parents,

au mérite desquels je dois
mes études médicales,

en témoignage de ma reconnais-
sance filiale.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur LACOMME

Professeur de Clinique obstétricale à
la Faculté de Médecine de Paris,

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse,

En l'assurant de notre profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur LANTUEJOUL

A Monsieur le Docteur PICOT

Qui nous ont inspiré le sujet
de ce travail et guidé dans
son élaboration.

En témoignage de notre reconnais-
sance infinie.

A Monsieur Georges GRIFFE

Professeur au Lycée de Montpellier

Qui a guidé mes premiers pas
sur la terre de France.

Qu'il veuille bien accepter
ma reconnaissance et mes
remerciements les plus
sincères.

ETUDE CRITIQUE
DES 100 CESARIENNES FAITES A
L'HOPITAL D'ARGENTAN

-:-

INTRODUCTION

--

L'opération césarienne occupe aujourd'hui une place importante en Obstétrique. La diminution des risques opératoires maternels en particulier, de l'infection, jadis, si redoutable, a autorisé une extension beaucoup plus grande de ses indications.

La conduite thérapeutique de la plupart des dystocies, de certaines maladies maternelles gravidiques, s'est ainsi progressivement modifiée en fonction de ces nouvelles possibilités. Mais c'est ainsi surtout qu'il est aujourd'hui possible de sauvegarder au maximum le pronostic foetal, préoccupation majeure des obstétriciens modernes.

Depuis que M. le Professeur BRINDEAU a préconisé et généralisé en France la pratique de la césarienne segmentaire, depuis que l'Ecole TARNIER, véritable berceau de la césarienne basse, en a mis au point tous les détails techniques, il ne paraît pas possible d'apporter sur cette intervention des modifications importantes. La césarienne segmentaire est venue détrôner presque totalement l'ancienne corporéale ; elle a permis une réduction maximum des césariennes mutilatrices. C'est celle qui constitue aujourd'hui l'opération de choix, qui a transformé le pronostic immédiat et lointain des femmes césarisées. Toutefois, on ne saurait trop insister sur la nécessité, afin que les risques maternels soient réelle-

ment réduits au minimum, d'une parfaite exécution technique.

Les auteurs modernes, ainsi dégagés de la plupart des préoccupations d'ordre purement opératoire, concentrent tous leurs efforts et recherches sur l'anesthésie, l'enfant né par césarienne... Un nombre considérable de travaux ont été publiés sur ces questions d'intérêt capital. Mais la diversité des opinions et des méthodes témoigne de la complexité de ces problèmes qui ne sont pas encore résolus. Les chiffres de mortalité et de mortalité néonatale des enfants nés par césarienne sont encore préoccupants. C'est vers leur diminution que doivent tendre tous les efforts. Mais ne faut-il pas en rechercher la cause dans une indication défectueuse, dans une erreur d'anesthésie ou de réanimation, dans une maladie maternelle, plutôt que dans une physiopathologie spéciale au nouveau-né césarien ? C'est là que nous rencontrons le véritable problème technique actuel de l'opération césarienne, dont la discussion suppose une parfaite connaissance de l'obstétrique contemporaine et de la physiopathologie du nouveau-né.

Si les indications de l'opération césarienne ont pu s'élargir, grâce au progrès de la technique, de l'anesthésie, de la réanimation, et la possibilité d'utilisation d'agents anti-infectieux puissants, ce serait une grave erreur d'en abuser. Les risques vitaux existent pour la mère, comme dans toute intervention ; le retentissement sur les possibilités de maternités ultérieures peut être important, et l'on comprend l'énergie avec laquelle nos Maîtres se sont élevés contre une pratique inconsidérée de la césarienne. "La méconnaissance de l'Obstétrique rend légère la main de bien des opérateurs" remar-

quent Messieurs les Professeurs BRINDEAU et LANTUEJOUL, dans la Pratique de l'Art des Accouchements. Porter l'indication d'une césarienne suppose des faits précis, tenant compte des conditions obstétricales, des intérêts vitaux de la mère et de l'enfant, de l'avenir de l'un et de l'autre. C'est dire que, pour être judicieuse et efficace, l'indication d'une opération césarienne suppose, elle aussi, une parfaite connaissance de l'Obstétrique pratique, et nous savons combien celle-ci exige d'expérience. Certes, du point de vue social, la conduite à tenir est parfois fort délicate. Combien de familles actuellement considèrent et réclament même la césarienne comme la solution la plus logique et la plus prudente lorsque l'accouchement d'une des leurs paraît présenter quelque difficulté ou quelque anomalie. La psychologie contemporaine du "colloque singulier" entre le médecin et sa patiente, peut rendre épineuses certaines situations fort claires au point de vue scientifique. Peut-être les efforts psycho-prophylactiques actuellement en vogue, revalorisant la confiance du malade en son médecin, faciliteront-ils, à ce sujet, la tâche de l'Obstétricien ?

En cours de pleine évolution des procédés et des choix, il nous a paru intéressant d'essayer d'apporter notre très modeste contribution à l'étude des problèmes modernes, concernant ses indications.

L'enseignement que nous avons reçu de notre Maître, le Docteur PICOT, au cours de notre internat à l'Hôpital d'Argentan et les conseils que nous a fait l'honneur de bien vouloir nous donner M. le Professeur LANTUEJOUL, nous guideront dans ce travail.

A propos de 100 observations d'opérations

césariennes que nous avons pu étudier, nous exposerons et critiquerons les indications de nos 100 césariennes, les complications maternelles que nous avons observées et enfin nous étudierons particulièrement l'enfant né de la césarienne.

Nous espérons, tout au long de cette thèse, rester fidèle à l'enseignement que notre maître, le Docteur PICOT, a reçu à la Clinique Tarnier, de Messieurs les Professeurs BRINDEAU et LANTUEJOUL, et qu'il s'efforce, depuis vingt ans, d'appliquer à Argentan.

INDICATIONS DE LA CESARIENNE

--

- 1 - Dystocie osseuse - Disproportion foeto-pelvienne.
- 2 - Présentations vicieuses défavorables.
- 3 - Anomalies du travail.
- 4 - Dystocias cervicale, vaginale, tumeur praevia.
- 5 - Hémorragies.
- 6 - Toxémie.
- 7 - Protection foetale :
 - procidence du cordon
 - souffrance foetale isolée
 - grossesse prolongée
 - incompatibilité sanguine.
- 8 - Protection maternelle :
 - cardiopathie
 - protection périnéale.

L'évolution générale de l'Obstétrique a autorisé une extension des indications de la césarienne. Cette extension, d'ailleurs, ne

paraît pas avoir tellement accru le nombre total des césariennes. En effet, si l'introduction des sulfamides et des antibiotiques, avait entraîné une élévation du pourcentage de cette intervention, actuellement il semble bien que les chiffres se sont stabilisés et même qu'une diminution de fréquence se dessine.

Parcourant la littérature récente, nous avons relevé quelques chiffres objectivant l'évolution et la fréquence actuelle des césariennes.

Nous rapportons ces statistiques dans les tableaux I, II, III qui envisagent successivement : les auteurs américains, dont certains sont nettement plus interventionnistes, les auteurs des différents pays du monde ; enfin les statistiques de quelques grands Centres universitaires parisiens.

A Argentan, la fréquence des opérations césariennes dans les cinq dernières années 1952-1957 a été de 2,5 %, chiffre qui se rapproche de celui de la plupart des auteurs.

Tableau I

- Schaeffer, Carpentier (Fleshing Hospital) (43) 1953	1942 - 46 4,2 % 1947 - 51 3,4 %
- Zeigler (45) 1955 (South Carolina)	11,9 %
- Haskins et coll. (49) 1955 (St Louis Maternity Hospital)	1948 - 52 3,6 %

Tableau II

- Sopena (Espagne) (56) 1954	1943 - 53	2,36 %
- D'Incert-Bonini (Italie) (52) 1948	- 52	3,95 %
- Caso et coll. (Argentine) (48) 1948	- 52	2,18 %
- Baird (Angleterre) (50) 1955	1948 - 54	2,4 %
- Rottger (Allemagne) (54)	1948 - 53	3,3 %
- Paaro Vaara (Finlande) (54) 1946	- 51	3,9 %

Tableau III

- Clinique Tarnier	1947	3,5 %
(Pr. Lantuéjoul)	1952	2,2 %
	1953	2,3 %
- Clinique Baudeloque	1949-52	4 %
(Pr. Levy-Solal)		
- Hôpital Bichat	1953	3,2 %
(Pr. Grasset)		

Au tout début de ce chapitre, nous citerons deux grands principes enseignés par nos Maîtres et devant guider la discussion de l'indication d'une césarienne.

1° Nous avons appris en effet à ne décider d'une opération césarienne que sur des données cliniques précises, résultant d'une observation méthodiquement conduite, en s'aidant au besoin d'examen complémentaires, dont la valeur est actuellement indiscutée.

Suivant les conseils de M. le Professeur LANTUEJOUL, nous ne saurions trop insister sur

l'intérêt de l'examen radiologique systématique avant toute césarienne, permettant de confirmer les impressions cliniques, voire d'éviter parfois de grosses erreurs.

2° S'il est indispensable que la décision opératoire soit prise avec le consentement de la femme, voire de son mari, cette décision ne saurait être influencée par eux ou par leur entourage. La tâche sera parfois difficile, mais, nous persistons à croire qu'il est encore possible actuellement de gagner la confiance de la femme et même de son entourage et ainsi d'agir librement.

1.- CESARIENNES POUR DYSTOCIE OSSEUSE
ET POUR DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE.

-:-

Sur les 100 observations d'opération césarienne que nous avons relevées à la Maternité d'Argentan entre 1955 et 1958 :

- 42 concernent une disproportion foeto-pelvienne, soit par bassin vicié, soit par excès de volume foetal.

a) Césariennes faites sans épreuves du travail:
22 observations :

1 césarienne première
21 césariennes itératives.

1 - L'indication opératoire de la césarienne première faite au tout début du travail sans épreuve, repose sur : IIIème pare de 35 ans, bassin limite, ayant perdu ses enfants lors des accouchements dystociques antérieurs.

2 - Dans les 21 césariennes itératives, nous relevons :

2 bassins coxalgiques
19 bassins rachitiques.

Pronostic foetal :

Parmi les 22 enfants nés de ces césariennes :

- 2 n'ont pas crié aussitôt, la désobstruction a permis une réanimation facile.

Pronostic maternel :

Un seul cas mortel : c'est une femme de 29 ans, IIème pare, ayant eu lors de son 1er accouchement, une césarienne pour bassin généralement rétréci. Cette fois-ci, elle présentait un collapsus vasculaire, une demi-heure après l'intervention. Malgré les perfusions de sang, la TA ne se relevant pas et le pouls restant filant, nous avons décidé une hystérectomie pour lever le choc, bien que la femme ne saignât pas beaucoup. Le tissu de l'utérus était cyanosé. Le collapsus persistait et la femme est morte quatre heures après l'intervention. L'enfant était vivant.

b) Césariennes après épreuve du travail -
20 observations :

15 sont des césariennes premières
5 sont des itératives.

Epreuve du travail : elle fut conduite de la façon suivante :

1 - Bilan général :

a) Etude des conditions obstétricales :

- Etude des antécédents gynécologiques, obstétricaux, en particulier évolution des accouchements précédents, poids des enfants ; évolution de la grossesse actuelle.

- Détermination de l'âge de la grossesse.

- Examen obstétrical soigneux appréciant cliniquement :

Le mobile foetal : volume, position, présentation, degré de flexion, d'asynclitisme, les rapports avec le détroit supérieur.

Examen du bassin dont on apprécie cliniquement la forme et les dimensions des différents étages, la morphologie du sacrum, la valeur de l'excavation, l'orientation générale et la symétrie du bassin.

L'état de l'utérus et des parties molles : inclinaison, forme et tonicité utérines, parallélisme des axes utérins et pelviens, état du segment inférieur, du col et des culs-de-sac vaginaux. Appréciation de la musculature périnéale.

- Cet examen obstétrical est complété systématiquement par un examen radiologique permettant de confirmer les impressions cliniques et de certifier l'existence d'une disproportion. Il permettrait éventuellement de dépister une gémellaire inaperçue, une malformation.

b) Etat de la mère : étude des antécédents médicaux et chirurgicaux, à la recherche d'une anomalie pouvant retentir sur l'accouchement.

- âge de la femme : son importance est grande, tant au point de vue du déroulement fonctionnel de l'accouchement, que des risques supplémentaires pour l'enfant si hautement désiré chez la primipare âgée, mariée depuis longtemps.

c) Appréciation de l'état du fœtus :

- prématurité, post-maturité, bruits du coeur foetal, appréciation de la vitalité foetale in utero, recherche des facteurs de fragilité foetale.

De ces notions découle l'indication, ou non, d'épreuve du travail et de sa longueur.

2 - Conduite de l'épreuve :

Cette surveillance s'attache à l'étude très attentive de :

- la contraction utérine, dont on apprécie le nombre, la qualité, la durée, le rythme,
- la dilatation, qui doit progresser régulièrement.
- l'évolution de la présentation : progression, flexion, asynclitisme, rotation, absence ou non de chevauchement.

Pendant toute cette épreuve, nous surveillons avec grande attention les bruits du coeur foetaux, à la recherche d'une modification, dont la persistance commande la suspension de l'épreuve. De même lorsque la poche des eaux est rompue, l'aspect du liquide amniotique est noté. Le plus souvent, une oxygénation par inhalation est pratiquée.

L'épreuve du travail n'est considérée comme réellement débutée, qu'avec un travail bien déclenché ; dans la plupart de nos observations, l'épreuve du travail fut commencée à dilatation 5 F - petite paume. La rupture de la poche des eaux n'est pas faite systématiquement au début de cette épreuve, elle dépend des conditions obstétricales. Dans les cas où les circonstances paraissent défavorables : tête mal accommodée, travail irrégulier, lent, elle n'est rompue que tardivement. La durée de nos épreuves du travail a été assez variable. Elle tient compte de l'évolution de la dilatation, de la progression du mobile foetal, de l'état de l'enfant et de celui de la mère. En cas d'anomalies, de souffrance

foetale, l'épreuve est interrompue et la césarienne décidée. Dans tous les cas, nous sommes persuadés qu'il n'y a pas intérêt à prolonger trop longtemps une épreuve dont la bonne évolution n'est pas franche.

Pronostic foetal :

3 enfants ont nécessité une réanimation à la naissance :

- dans un cas il s'agissait d'une latérocidence du cordon. L'apparition de signes de souffrance foetale avait fait interrompre aussitôt l'épreuve.

- Dans les 2 autres observations, une prolongation un peu trop longue de l'épreuve (8 h), est responsable de cette anoxie à la naissance.

Pronostic maternel :

Les suites opératoires ont été excellentes, et nous n'avons constaté aucune complication.

Discussion :

La rareté des dystocies pelviennes complexes: la grande majorité des bassins que nous avons observés sont des bassins généralement rétrécis, quelques bassins coxalgiques. Ceci s'ajoute aux constatations des obstétriciens modernes qui signalent la disparition de plus en plus nette des déformations graves du bassin. Ce fait étant dû à une meilleure prophylaxie et à la modernisation des méthodes thérapeutiques orthopédiques.

2.- CESARIENNES POUR PRESENTATIONS
VICIEUSES OU AU COURS DES
PRESENTATIONS DEFAVORABLES

-:-

A/- Césarienne pour présentation du front :

6 observations :

- 1 césarienne a été faite chez une primipare de 17 ans. L'enfant était vivant avec un poids de 4.100 g.

- 1 césarienne concerne une sixième pare de 30 ans, qui avait fait déjà une présentation du front lors de son dernier accouchement ; une césarienne avait été faite. Nous recevons cette femme à dilatation petite paume avec une présentation du front récidivante. Etant donné les antécédents, une césarienne itérative s'imposait.

- 4 césariennes concernent des multipares surveillées à la Maternité.

Pronostic maternel : Les suites opératoires ont été excellentes.

Pronostic foetal : Tous les enfants étaient vivants.

B/- Césarienne pour présentation transversale :

7 observations :

- 1 césarienne a été faite chez une primipare de 22 ans entrée d'urgence à la maternité à dilatation complète. Présentation de l'épaule avec procidence d'un bras ; poche des eaux rompue depuis 3 h, Bons Bdc. Enfant vivant de 3.100 g. Suites normales.

- 6 césariennes concernant des multipares.

1) Mme L... (1955), 4ème pare de 35 ans, entrée d'urgence à la Maternité avec une poche des eaux rompue depuis 8 h ; arrêt de la dilatation à petite paume. Procidence d'un bras. Césarienne ; enfant vivant de 3.500 g. Suites normales.

2) Mme M... (1956), 27 ans, 2ème pare. Présentation d'épaule, poche des eaux rompue depuis quelques heures. A eu une césarienne pour présentation transverse lors de son premier accouchement. Césarienne, enfant vivant de 3.400 g. Suites normales.

3) Mme J... (1956), 5ème pare de 39 ans. Présentation d'épaule avec procidence du cordon. Poche des eaux rompue depuis plusieurs heures. Mobilisation du fœtus impossible. Césarienne : enfant vivant de 3.700 g. Suites normales.

4) Mme P... (1956), IIIème pare de 25 ans, présentation d'épaule avec procidence du cordon. Césarienne, enfant vivant de 2.800 g. Suites normales.

5) Mme A... (1957), IVème pare de 33 ans. Entrée d'urgence à la maternité pour présentation de l'épaule. Poche des eaux rompue depuis 4 h. Arrêt de la dilatation à petite paume. Césarienne : enfant vivant de 4.000 g. Suites normales.

6) Mme B... (1958), IIème pare de 27 ans. Présentation de l'épaule. Poche des eaux rompue depuis plusieurs heures. Il existe une rétraction utérine. Césarienne, enfant vivant de 2.900 g. Suites normales.

Discussion :

Les indications de cette intervention chez la primipare, avec enfant vivant, ne sont guère discutées actuellement. Chez la multipare, les indications opératoires sont plus restreintes. La verticalisation au cours du travail est en général possible et permettra, souvent, l'accouchement par voie basse, en présentation du sommet ou en présentation du siège, selon les cas.

La version par manoeuvres internes, à condition que les règles classiques de sa réalisation en soient observées, permettra, dans certains cas, l'accouchement par voie basse, sans risques excessifs pour le fœtus.

Une césarienne sera indiquée en présence d'une mobilisation difficile du fœtus, ou d'une souffrance fœtale au cours du travail; ou lorsque la version par manoeuvres internes à dilatation complète s'avère difficile ; le plus souvent parce qu'il existe une rétraction utérine ou une procidence du cordon.

Pronostic maternel : Aucune complication grave n'a été observée.

Pronostic fœtal : Grâce à la rapidité du diagnostic et du transport de la femme dans notre service, nous n'avons pas encore à déplorer de morts fœtales.

3.- CESARIENNES POUR DYSTOCIE DYNAMIQUE

-:-

Sur les 100 césariennes, 18 ont été faites pour dystocie dynamique :

11 ont été faites chez des primipares
7 ont été faites chez des multipares.

Le pronostic maternel fut favorable puisqu'aucun accident n'est relevé. L'utilisation des perfusions lentes d'ocytociques permet un traitement efficace de beaucoup de dystocies dynamiques par hypotonie, tout en favorisant une surveillance étroite de la femme, véritable épreuve dynamique du travail.

L'expérience nous apprend ainsi la gravité des dystocies dynamiques, peut être moins importante pour la mère en raison d'une meilleure prophylaxie et de traitement plus efficace, mais toujours sérieuse pour le fœtus. "La souffrance fœtale est fréquente du fait des anomalies des contractions utérines, entraînant des troubles des échanges fœto-maternels et partant une anoxie". Ainsi, nous avons à déplorer deux morts fœtales consécutives à des césariennes pour dystocie dynamique.

Enfant H... (1956) a eu quelques mouvements à la naissance puis syncope. Réanimation impossible.

Enfant S... (1957), décédé le 3ème jour par suite d'une hémorragie méningée vérifiée par ponction lombaire.

Donc le pronostic foetal est plus sérieux que celui de la mère. Porter une indication thérapeutique lors d'une dystocie dynamique est chose souvent fort difficile. Tantôt patienter pour sortir l'enfant par voie basse, ou intervenir rapidement, mais les risques opératoires ne sont pas minces pour la mère ? Grâce aux techniques actuelles de césarienne segmentaire, nous préférons, à Argentan, l'opération quand le foetus présentait des signes de souffrance.

4.- CESARIENNES POUR DYSTOCIES CERVICALES,
VAGINALES ET POUR TUMEURS PRAEVIA

-:-

Dystocie cervicale :

Nous n'avons relevé qu'une observation :

Mme L... (1955) - IIème pare de 26 ans.
Ayant eu une fausse couche de 4 mois, il y a
2 ans. A cette époque elle avait eu une in-
tervention sur le col pour une cause que
nous ignorions. Césarienne sur cal cicatri-
ciel. Enfant vivant 3750 g. Suites normales.

Dystocie vaginale :

Là encore nous ne possédons qu'une obser-
vation :

Melle G... (1958), Ière pare de 22 ans.
Au début de cette grossesse, la femme tente
de se faire avorter par la pose de comprimés
de permanganate de potassium dans le vagin ;
Il s'ensuit rapidement une hémorragie très
importante avec lésions étendues de la paroi
antérieure du vagin, dans son 1/3 supérieur.
Nous avons eu l'occasion de suivre cette
femme à l'hôpital lors de cet accident. La
grossesse continua d'évoluer normalement,
mais une sclérose très importante se cons-
titue, supprimant toute souplesse à la
paroi antérieure du vagin. Nous recevons la
femme à terme, en début de travail. Etant

donné l'état des lésions vaginales, nous craignons une déchirure importante dont la localisation peut faire redouter un risque vésical. Nous avons préféré recourir à l'opération césarienne. Enfant vivant de 3.200 g. Suites normales.

Tumeurs praevia :

Ici nous relevons deux observations de fibromes praevia et deux de kyste pelvien.

Mme J... (1956) : 2ème pare de 45 ans, grossesse à terme, utérus bourré de myomes dont l'un est situé dans le segment inférieur et constitue une tumeur praevia. Césarienne suivie d'hystérectomie. Enfant vivant de 3450 g. Suites normales.

Mme P... (1958) : IIème pare de 36 ans, présentant un fibrome praevia volumineux. Enfant vivant de 3.200 g. Suites normales.

Mme A... (1955) : IIIème pare de 30 ans, présentant un kyste ovarien pelvien. Césarienne. Enfant vivant de 3.800 g. Suites normales.

Mme G... (1957) : VIIIème pare de 41 ans, présentant un kyste ovarien pelvien volumineux. Césarienne suivie de kystectomie. Enfant vivant de 3.300 g. Suites normales.

Le trop petit nombre d'observations concernant ces trois types de dystocie ne nous autorise pas à discuter les indications.

5.- CESARIENNES POUR PLACENTA PRAEVIA

-:-

14 césariennes ont été faites pendant les 5 dernières années étudiées pour hémorragie du placenta praevia.

Circonstances des indications :

- suivant la parité et l'âge

4 concernent des primipares dont 2 sont âgées de plus de 30 ans.

10 concernent les multipares ; parmi celles-ci 3 femmes avaient été césarisées pour placenta praevia.

- suivant l'âge de la grossesse

2 césariennes ont dû être faites au 7ème mois de la grossesse.

4 ont été faites à 8 mois et demi.

8 ont été faites à terme.

- suivant le déclenchement du travail

4 césariennes ont dû être faites avant le déclenchement du travail.

Pronostic maternel :

Aucune mort maternelle n'est à regretter mais la morbidité maternelle est assez élevée.

4 femmes ont des suites fébriles. D'ailleurs elles ont été guéries par les antibiotiques.

2 femmes ont fait une complication vasculaire : l'une fit au 8ème jour une phlébite du membre inférieur gauche et l'autre fit au 4ème jour une phlébite pelvienne. Elles ont été guéries médicalement.

Pronostic foetal :

Dans la plupart des cas, le diagnostic de placenta praevia n'était que suspecté cliniquement ; dans 1 cas seulement, la radiographie de grossesse en a permis le diagnostic.

Le plus souvent, la femme avait déjà présenté plusieurs hémorragies au cours du dernier trimestre de la gestation ; la persistance de celles-ci, malgré le repos, leur aggravation, leur retentissement sur l'état général de la femme ont fait porter l'indication opératoire.

Dans 3 cas, l'hémorragie fut d'emblée très importante et la césarienne fut pratiquée aussitôt.

4 césariennes ont été faites pour hémorragie au cours du travail. Il s'agit dans ces cas de 2 placenta recouvrants et de 2 placenta marginaux.

La mortalité foetale est assez élevée :
4 décès soit 25 %

2 sont survenus aussitôt la naissance,

2 sont survenus quelques heures après.

Discussion :

A la lecture des travaux récents, l'on se rend compte que la mortalité foetale au cours des placenta praevia est encore fort préoccupante. Cette mortalité foetale paraît liée à une fragilité spéciale de ces nouveau-nés (poids : moins de 2.700 g) d'une part, de leur prématurité très fréquente d'autre part. De toute façon, nous sommes persuadé que cette mortalité foetale pourra être diminuée dans la mesure où une étroite liaison obstétrico-pédiatrique sera réalisée.

6.- CESARIENNES POUR TOXEMIES GRAVIDIQUES

-:-

Les indications opératoires dans les formes graves de toxémie gravidique ont été fort discutées. L'opération césarienne a été préconisée par ceux qui espèrent lui donner un motif étiologique : évacuation rapide de l'oeuf, cause des troubles maternels, et aussi parfois dans l'espoir d'extraire un enfant qui n'a pas encore trop souffert. Aujourd'hui, les possibilités thérapeutiques médicales semblent devoir réduire ces indications opératoires.

Dans la statistique que nous étudions : 3 césariennes ont été faites pour toxémies graves. On peut les grouper de la façon suivante :

2 ont été faites pour éclampsie,
1 pour hématome rétroplacentaire d'origine toxémique.

Mme M... (1956), primipare de 27 ans, admise à la maternité d'urgence pour éclampsie. La 1ère crise est survenue 2 heures plus tôt. Elle a fait 3 crises depuis. Césarienne basse d'urgence au 9ème mois. Extraction d'un enfant né "étonné" pesant 3.500 g. La réanimation fut difficile, son élevage ne présente ensuite aucune difficulté. Les suites opératoires ont été normales.

Mme V... (1957), primipare de 30 ans, admise à la Maternité pour crise d'éclampsie subintrante. La 1ère crise est survenue 12 h auparavant. Aucun travail mais BdC normaux. Césarienne d'urgence à 7 mois ½ de la grossesse. Extraction d'un enfant vivant de 1500 g. Mis en incubateur, il est décédé 24 h après. Les suites opératoires de la mère ont été normales.

Lorsque les crises convulsives étaient d'apparition récente et que le foetus vivait encore, l'accouchement n'étant, bien entendu, pas rapidement possible par les voies naturelles.

Mme B... (1956), Primipare de 25 ans. Admise d'urgence à la maternité pour hémorragie. Pas d'oedème, albuminurie à 1 g, TA 15/10. Brusquement, cette femme a ressenti une douleur hypogastrique violente, puis l'hémorragie externe apparaissait : état de choc, utérus contracturé mais BdC encore perçus. Le travail n'est pas commencé. Césarienne d'urgence, la cavité utérine est remplie de caillots, le placenta est partiellement décollé. Extraction d'un enfant de 1.200 g difficile à réanimer et décédé à la 9ème heure. Suites normales pour la mère.

La césarienne, dans les formes graves de toxémie, peut paraître la seule solution possible pour sauver la mère ou le foetus en danger. Elle ne saurait constituer une solution logique qui doit être recherchée dans une meilleure prophylaxie des toxémies et dans un traitement médical précoce de cette affection.

7.- CESARIENNES POUR PROTECTION FOETALE

-:-

Nous grouperons dans ce chapitre les cé-
sariennes pratiquées :

- pour procidence du cordon : 2
- pour incompatibilité sanguine : 1

1 - Procidence du cordon

2 césariennes ont été faites pour proci-
dence du cordon au cours de présentations
céphaliques. Dans ces 2 cas, l'indication
opératoire a été posée parce qu'un espoir
d'extraire un enfant vivant et n'ayant
pas encore trop souffert paraissait justi-
fié. Dans tous les cas, les battements du
cordon étaient nets. De plus l'extraction
rapide de l'enfant par voie basse n'était
pas possible.

Mme N... (1955) . Primipare suivie dans
le service. Lors de la rupture artificielle
de la poche des eaux pourtant faite avec
grande prudence, une procidence du cordon
se constitue. La présentation céphalique
étant trop élevée pour permettre l'extrac-
tion par voie basse, on décide de faire
une césarienne d'urgence. Enfant vivant de
3.700 g. Suites normales.

Mme R.... (1956), IIIème pare, admise d'urgence à la Maternité pour procidence du cordon. L'examen à son entrée révéla l'existence de battements du cordon encore réguliers. La tête n'étant pas engagée : Césarienne. Enfant vivant de 4.000 g. Suites normales.

Incompatibilité sanguine (Rh) :

Le problème d'incompatibilité sanguine entre la mère et le fœtus est d'acquisition récente. Le seul cas que nous ayons ne nous permet pas de discuter sur ce sujet.

Mme E... (1958) IIIème pare de 38 ans. Son 1er enfant s'élevait normalement, son 2ème était décédé le 2ème jour après sa naissance. Rappelons qu'elle avait accouché chez elle lors de ces 2 premières grossesses. Son médecin traitant avait alors analysé son sang et celui de son mari (Mari Rh +, elle Rh -). Il a pris rendez-vous avec nous, pour déclencher le travail à 8 mois. Nous lui avons donné le 20/II/58, 3 cachets de quinine (1 cachet toutes les demi-heures). Aucun travail : BdC bons. Nous avons décidé une perfusion lente d'ocytociques. La dilatation se faisait jusqu'à petite paume. La poche des eaux s'est rompue spontanément, mais le travail s'arrêtait (paradoxe !). Nous patientons, espérant que la dilatation recommencerait. Mais les BdC commençaient à ralentir, après 3 h d'attente. Césarienne. Enfant vivant de 2.900 g. Exsanguino-transfusion (Rh - : 500 cc). Suites normales.

Nous avons décidé l'intervention chirurgicale, vu l'âge du couple, la souffrance fœtale et la vie des futurs fœtus.

8.- CÉSARIENNE POUR PROPHYLAXIE MATERNELLE

-:-

Nous ne relevons qu'une seule observation où la césarienne fut décidée en dehors de toute cause d'ordre obstétrical.

Mme L... (1956), Primipare de 22 ans, présentant un complexe d'Eisenmerger, La femme étant très fatiguée, après avis des cardiologues, une césarienne avant tout travail fut décidée. L'anesthésie fut donnée en circuit semi-ouvert à l'éther-oxygène, après départ au protoxyde d'azote. L'enfant pesait 3.000 g. Les suites ont été normales pour la mère et pour l'enfant.

°°

COMPLICATIONS MATERNELLES POST-OPERATOIRES

-:-

A/- Mortalité :

Nous relevons un seul cas mortel sur 100 observations.

Mme H... (1955) : IIème pare de 29 ans, 2ème fois césarisée pour bassin généralement rétréci. Une demi-heure après l'opéra-

tion, elle présentait un collapsus vasculaire. Malgré les perfusions de sang, le choc restait intense. Nous avons décidé une hystérectomie pour lever le choc, bien que la femme ne saignât pas beaucoup. Le tissu de l'utérus était cyanosé. Le collapsus persistait et la femme est décédée 4 heures après l'intervention. Nous avons pu sauver l'enfant qui pesait 3.300 g.

La mort de cette femme est assez inexplicable. Car avant l'intervention, tous les examens ont été normaux et rien n'indiquait une toxémie ou autre maladie : pouls 80 ; TA 13/9 ; urée 0,30 /litre, albuminurie 0, glucosurie : traces, groupe sanguin : B +. D'ailleurs les suites de sa première césarienne étaient normales. L'hystérectomie faite, l'utérus était vide, parsemé de taches cyanotiques. C'est un tableau d'apoplexie utéro-placentaire mais sans signe de toxémie et l'enfant était vivant.

B/- Morbidité infectieuse :

Dans les observations, les suites opératoires ont été fébriles. La courbe de température fut anormale pendant 5-6 j. Cette anomalie paraît devoir être rattachée à une légère infection locale, qui, dans tous les cas, fut rapidement guérie par les antibiotiques.

C/- Complications vasculaires :

Mme R... (1957) : Césarienne pour placenta praevia. Enfant vivant de 3.650 g. Le 8ème jour, douleur dans le mollet, léger oedème, signe d'Homans positif, température à 38°5, pouls à 120, temps de Quick à 12' et taux de prothrombine à 108 %.

Traitement : héparine, puis tromexane, pendant 4 jours. Disparition rapide des signes.

Mme V... (1956) : Césarienne pour placenta
praevia chez une primipare de 29 ans, au
8ème mois de la grossesse. Brusquement, au
4ème jour, frisson, douleur pelvienne, tempé-
rature à 38°2, pouls 130, temps de Quick à
13' et taux de prothrombine à 105 %.

Traitement antibiotique et anticoagulant.
Disparition progressive des signes.

MORTALITE DES ENFANTS NES PAR CESARIENNE

-:-

Sur les 100 césariennes, nous relevons un chiffre global de 8 morts foetales et néonatales..

1 - Dystocie Dynamique

Enfant H... (1956) A eu quelques mouvements à l'extraction puis syncope. Réanimation impossible.

Enfant S... (1957), décédé le 3ème jour par suite d'une hémorragie méningée vérifiée par ponction lombaire.

2 - Toxémie gravidique

Enfant V... (1957). Eclampsie : 1.500 g, décède 24 h après la naissance.

Enfant B... (1956) : Hématome rétroplacentaire : 1.200 g, décédé à la 9ème heure.

3 - Placenta praevia

Enfant M... (1955) : 3.200 décédé 1 h après la naissance.

Enfant C... (1957) : 2.500 g décédé 3 h après la naissance.

Enfant P... (1956) : 2.000 g, decédé à la naissance.

Enfant V... (1956) : 2.320 g décédé à la naissance.

Telles sont les circonstances de la mortalité des nouveau-nés de césarienne dans nos 100 observations (8 %). Cette mortalité est élevée surtout dans les cas de placenta praevia (37 %). Dans toutes nos observations, les facteurs d'anoxie, préexistant à l'intervention paraissent déjà suffisants pour expliquer la mortalité des nouveau-nés. L'enfant, né par une césarienne est peut-être fragilisé parce qu'il existe souvent un état pathologique motivant cette intervention. C'est un enfant qui demandera peut-être des soins spéciaux parce qu'il aura souffert. Nous sommes persuadés que les efforts pour améliorer le pronostic foetal doivent être orientés vers une amélioration des possibilités de réanimation, vers la possibilité d'élevage des prématurés selon les principes modernes.

CONCLUSIONS

-:-

Cette étude groupe 100 opérations césariennes faites au cours des quatre dernières années à la Maternité d'Argentan.

Nous n'avons nullement la prétention de modifier les grands principes classiques qui régissent les indications de cette intervention. Cette étude permettrait d'apporter une modeste contribution à l'étude des possibilités d'adaptation à l'Obstétrique moderne de petits centres non universitaires, qui ne sauraient se substituer ni à l'Enseignement, ni à la recherche scientifique des grands centres universitaires.

Nous avons présenté et critiqué les indications de nos 100 observations.

a) Césariennes pour dystocie osseuse ou disproportion foeto-pelvienne : 42 observations

22 ont été faites sans épreuve du travail

20 ont été faites après épreuve du travail.

Nous nous sommes permis d'insister sur l'intérêt d'un bilan clinique général et obstétrical dont dépendent les indications de l'épreuve du travail.

Nous avons insisté enfin, sur la nécessité

dans chacun de ces cas, d'un examen radiologique
systématique.

- b) Césariennes pour présentation vicieuse ou défavorable :

Front : 6 observations.

Présentation transversale : 7 observations

Pour chacun de ces groupes, nous exposons les raisons qui nous ont fait porter une indication opératoire.

- c) Césariennes pour dystocie dynamique :
18 observations.

- d) Césariennes pour dystocie cervicale, vaginale, tumeur praevia :
6 observations.

- e) Césariennes pour hémorragie maternelle (placenta praevia) :
14 observations.

- f) Césariennes pour toxémie gravidique :
3 observations :

2 pour éclampsie

1 pour hématome rétroplacentaire.

- g) Césariennes pour protection foetale :
3 observations :

2 pour procidence du cordon

1 pour incompatibilité sanguine.

- h) Césariennes pour "prophylaxie maternelle":
1 observation

1 pour cardiopathie.

Nous avons étudié les complications maternelles :

- a) Mortalité post-opératoire : 1 observation.
- b) Morbidité post-opératoire : elle groupe particulièrement 1 cas de phlébite du membre inférieur et 1 cas de phlébite pelvienne.

Enfin, nous avons envisagé l'étude des complications de l'enfant nouveau-né de la césarienne : 8 enfants décédés.

Au terme de cette étude nous pensons pouvoir remarquer qu'une importante évolution s'est produite dans l'Obstétrique pratiquée à Argentan. Cette évolution a été marquée par :

- une adaptation du Centre Obstétrical aux techniques modernes.

- une amélioration très nette de l'Obstétrique pratiquée en ville.

Ainsi le pronostic maternel, dont nous avons vu la gravité à une époque, et le pronostic foetal se sont considérablement améliorés.

Nous croyons cependant qu'il ne s'agit là que d'une étape. Si des progrès sont réalisés, d'autres sont à faire. Nous sommes persuadés que le pronostic foetal peut être encore amélioré plus particulièrement en ce qui concerne le prématuré.

Peut-être cette étude des indications sur les 100 césariennes pratiquées dans un centre non universitaire apportera-t-elle de plus un témoignage de possibilités d'adaptation de ces maternités à l'Obstétrique moderne ?

En priant Monsieur le Professeur LACOMME de nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous avons espéré poursuivre la liaison étroite indispensable aujourd'hui entre les Centres départementaux et les grands Centres universitaires.

-:-

Vu :

Le Président :

signé : M. LACOMME

Vu :

Le Doyen :

signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

signé : Jean SARRAILH

